
O IMPACTO DA SAÚDE ESCOLAR NA COMUNIDADE EDUCATIVA

Rita Ramos de Sousa* & Rui Trindade*

Em Portugal, desde a aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86), em 1986, que a escola assume funções na formação pessoal e social dos alunos, sendo assim considerada promotora de projetos de desenvolvimento pessoal e social, nos quais se incluem os de educação para a saúde. O Programa Nacional de Saúde Escolar é desenvolvido pelos centros de saúde que consiste na promoção de projetos e exames de saúde no seio da comunidade educativa. O estudo aqui desenvolvido tem como principal objetivo compreender qual o impacto da «saúde escolar» nas escolas, bem como perceber se a reforma das unidades de cuidados de saúde primários em 2008 terá afetado o trabalho desenvolvido pelo Programa. Para tal, após uma revisão literária sobre o tema, é realizada uma análise documental com base nos relatórios da saúde escolar do distrito do Porto referentes aos anos 2006-2007 e 2010-2011, de forma a comparar os resultados que o Programa teve antes e depois da reforma.

Palavras-chave: educação para a saúde, saúde escolar, escola, reforma dos cuidados de saúde primários

Introdução

Em Portugal, a aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86), em 1986, pode ser considerada um momento decisivo no que à educação para a saúde diz respeito,

* CIIE – Centro de Investigação e Intervenção Educativas, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Porto/Portugal).

pelo facto de, pela primeira vez, se reconhecer, de forma explícita e em letra de lei, que a escola deverá assumir funções na formação pessoal e social dos alunos, ao determinar que

os planos curriculares de ensino básico incluirão em todos os ciclos e de forma adequada uma área de formação pessoal e social, que poderá ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito. (Lei nº 46/86, art. 47º, nº 2)

As práticas de educação para a saúde, em contexto escolar, não podem ser impermeáveis a estas políticas e, por isso, as suas ações devem procurar alcançar estes fins, para além de proporcionar «às pessoas os meios necessários para exercer um maior controlo sobre a sua própria saúde e assim poder melhorá-la» (OMS, 1986: n.p.). É de acordo com estes pressupostos que a escola surge como um local privilegiado de educação para a saúde, pois o que se pretende é alcançar uma maior massa de população e em idades propícias a adquirir comportamentos e atitudes que despertem e fomentem um maior bem-estar e um estilo de vida saudável. As crianças e jovens em idade escolar são o público mais indicado com o qual se deve trabalhar. Se este constitui um dado inegável a ter em conta, importa saber se um projeto de educação para a saúde pode ser desenvolvido de forma dissociada das instituições de saúde, nomeadamente quando é, também, atribuição destas instituições a valência da saúde escolar. Os centros de saúde, atualmente designados como unidades de saúde familiar, desempenham, neste âmbito, um papel estratégico em virtude da possibilidade de dinamizarem parcerias com as escolas na concretização de projetos de educação para a saúde.

Neste âmbito este artigo tem como objetivo dar a conhecer o trabalho desenvolvido pela saúde escolar no distrito do Porto antes e depois da reforma dos centros de saúde para agrupamento de centros de saúde (ACES). Com este propósito o artigo está organizado em três partes. A primeira diz respeito a um enquadramento teórico acerca do papel educativo e social das unidades de cuidados de saúde primários bem como do papel que a saúde escolar tem na vida do ser humano. Este enquadramento teórico encontra-se sustentado por um quadro conceptual de autores e referências legislativas que visam reforçar a informação dada. A segunda parte reporta para a metodologia utilizada neste estudo comparativo, que tem por base a análise documental como o método de recolha e análise de dados. Nesta metodologia qualitativa os documentos são fontes de dados brutos e a sua análise implica um conjunto de transformações de modo a atribuir um sentido e/ou significado ao investigador. Por fim, a terceira e última parte estabelece uma análise crítica e comparativa entre os dados do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte referentes aos anos letivos 2006-2007 e 2010-2011. A seleção destes anos letivos prende-se com o facto de os primeiros terem sido abordados durante o mestrado em Ciências da Educação,

realizado por um dos autores, que foi sobre o tema e os últimos por serem os mais recentes que a ARS possuía na data em questão.

O papel educativo e social das unidades de cuidados de saúde primários

Os centros de saúde são estruturas dos serviços de saúde constituídos por equipas de carácter multidisciplinar. Embora dotados de autonomia técnica, financeira e administrativa, os centros de saúde integram-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que procura «prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação» (Lei de Bases de Saúde, 1990, Base XXIV, alínea b), e estão sob tutela do Ministério da Saúde. De acordo com o art. 2º, do Capítulo I, do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio – que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde –, «os centros de saúde têm como objetivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida», bem como «a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados» a toda a comunidade. Todavia, esta promoção da saúde não é realizada só através da prestação de cuidados, mas também a partir de ações de educação para a saúde, dirigidas a indivíduos, grupos, famílias e a toda a comunidade. Assim, os centros de saúde incentivam a participação e a colaboração dos cidadãos em atividades – na área da educação e da ação social – que promovam a melhoria da saúde e que tenham consequências no desenvolvimento da comunidade, tornando-a mais saudável, ativa e responsável. Contudo, cada centro de saúde tem as suas especificidades e, por conseguinte, adequa-se às características da população por ele abrangida (idosos, jovens, infantil...), mas, no geral, todos eles são constituídos por uma unidade operativa de saúde pública, unidades de saúde familiar, uma unidade de cuidados na comunidade. Alguns possuem algumas especialidades como internamento e/ou urgências, mas todos têm de prestar cuidados de saúde de forma personalizada, de modo a assegurar as melhores condições de acesso aos cidadãos e às suas famílias e comunidade envolvente de um modo socialmente justo e solidário.

O regime dos centros de saúde tem sido alvo de alterações legislativas no que se refere ao plano estrutural e funcional do sistema de organização de cuidados de saúde primários. Em 2008, teve início a reforma dos cuidados de saúde primários, com o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, que «abrange a reorganização local dos cuidados, com especial ênfase nas recentemente criadas unidades de saúde familiar (USF) e na reorganização dos centros de saúde em agrupamentos de centros de saúde» (Miguel & Sá, 2010: 5) e que estabeleceu o regime de organização e funcionamento dos mesmos. A missão das unidades de saúde continua a ser a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos afetos à sua área geográfica; contudo,

a reforma implica a criação de novas estruturas organizativas assente em unidades funcionais: unidade de saúde familiar (USF), unidade de saúde pública (USP), unidade de cuidados na comunidade (UCC), unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), unidade de apoio à gestão (UAG) que se integram nos ACES. A nova estrutura pretende concretizar duas finalidades: i) a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população (ACS); ii) a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população. Assim sendo, o novo modelo de prestação de cuidados primários torna-se mais acessível, adequado às necessidades e mais eficiente (Decreto-Lei nº 28/2008). De facto, esta proposta pretende otimizar os recursos existentes para melhorar a qualidade do serviço.

Os ACES garantem a prestação de cuidados à população de determinada área geográfica, mantendo, tal como definido na legislação anterior, a função de desenvolverem atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, bem como de prestação de cuidados na doença. (Teixeira, 2012: 172)

Das unidades funcionais dos ACES, a USP «tem como principais funções elaborar informação e planos no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de prevenção e promoção, entre outros» (*ibidem*: 173). É nesta unidade que se desenvolvem os programas de educação para a saúde no âmbito da saúde escolar, tal como se pode comprovar através do Relatório de Atividades do Departamento de Saúde Pública do Norte, 2011 (ARS Norte, 2012: 5), ao afirmar-se que o Departamento de Saúde Pública

é constituído por duas unidades, a Unidade de Planeamento em Saúde (UPS) e a Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE), encontra-se organizado segundo diversas áreas funcionais (algumas na direta dependência da direção do departamento) e, dentro das mesmas, por diferentes programas e projetos.

É no âmbito da unidade de planeamento em saúde que se desenvolvem os programas de promoção e proteção da saúde no qual se insere o Programa Nacional de Saúde Escolar. Então, é nossa intenção perceber qual o impacto que esta reestruturação teve no trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde escolar junto da comunidade educativa, bem como se houve mudanças na constituição das próprias equipas.

Saúde escolar: um direito de todos, um dever do Estado

A saúde escolar deve ser entendida como um direito de todos e um dever do Estado. «No nosso país desde há vários anos que os centros de saúde, através das suas equipas de saúde escolar, têm procurado trabalhar com as escolas no sentido de criarem condições para um

adequado desenvolvimento biopsicossocial de cada aluno» (Navarro, 1993 cit. in Antunes & Mendes, 2004: n.p.).

A primeira referência à saúde escolar data de 1901, momento em que «surgiu em Portugal o primeiro decreto que estrutura a sanidade pública do país, cria a Inspeção Sanitária e Escolar e a Direção Técnica das Construções Escolares» (Rocha et al., 2011: 71). Foi nesse sentido que desde 1901 e ao longo de todo o século XX e início do século XXI, a saúde escolar em Portugal se foi construindo, desenvolvendo e aperfeiçoando nos seus objetivos, metodologias e estratégias, modificando-se e adequando-se às necessidades das escolas, da comunidade educativa e da comunidade envolvente, e às preocupações de saúde emergentes na sociedade (Plano Nacional de Saúde Escolar, 2004; Rocha et al., 2011). Durante várias décadas foram os Ministérios da Educação e da Saúde os responsáveis pela saúde escolar. «Em 1998, foi efetivado o 1º Despacho-Conjunto entre o Ministério de Educação e Ministério da Saúde que tinha como importante objetivo organizar o trabalho conjunto no âmbito da promoção e educação para a saúde, particularmente da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde» (*ibidem*: 86), uma vez que o trabalho, embora sobre o tema da saúde, era profundamente pedagógico. Contudo, desde 2002 que o Ministério da Saúde assumiu a sua tutela, e os centros de saúde a sua implementação em todo o território nacional através de novas formas de gestão e estratégias inovadoras. Estes organizam equipas multiprofissionais de saúde escolar, entre os quais se encontram médicos, enfermeiros, higienistas orais, nutricionistas, psicólogos, psicopedagogos, como forma de dar resposta às necessidades sentidas pelas instituições educativas e a comunidade envolvente afetas à área de localização, que planificam, operacionalizam e avaliam os projetos ou as ações formativas. No entanto, o Ministério da Educação não deixou de assumir o seu papel na saúde escolar, continuando a ser parte integrante na produção e conceptualização do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), articulado com a Direção-Geral da Saúde (DGS), com vista à capacitação das escolas para questões relacionadas com a promoção, proteção e manutenção da saúde e a prevenção do risco de doença.

No que diz respeito aos objetivos gerais da saúde escolar, estes têm vindo a alterar-se com o tempo, tornando-se mais «afinados» e adequados à realidade da época. Embora, em primeiro lugar, se pretenda promover os cuidados de saúde primários através da proteção da saúde e da prevenção da doença na comunidade educativa, nos últimos anos, tem-se valorizado o ambiente e os estilos de vida como condições essenciais para o bem-estar físico, mental e social do ser humano. Neste sentido, o PNSE 2004-2010 procurou dar resposta aos novos desafios que emergem da realidade, apresentando como finalidades gerais, para além da necessidade de

apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais, promover um ambiente escolar seguro e saudável, reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, e contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde (2004: 7),

que servem de apoio e suporte para se pensar nas lógicas educativa, social e comunitária que os projetos e as ações formativas neste âmbito podem assumir. Deste modo, hoje em dia, cada vez mais se faz a intervenção nas escolas através de uma abordagem salutogénica de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, pois dá-se enfoque, para além da tradicional abordagem da prevenção e manutenção da saúde individual e coletiva, ao meio ambiente envolvente, aos estilos de vida e à inclusão social na escola. «Viver num ambiente limpo e saudável é um direito humano fundamental, sendo por isso necessário informar e educar para a construção de um futuro sustentável para todos» (PNSE, 2004: 5).

A escola assume o papel indiscutível de grande promotora da saúde, «ao constituir-se como um espaço seguro e saudável» (PNSE, 2004: 5), onde crianças e jovens despendem a maior parte do seu tempo. É um contexto privilegiado, pois alberga uma grande faixa etária diversificada a nível económico, social e cultural, sendo por isso ideal para desenvolver ações que promovam uma vida ativa saudável a médio e longo prazo. Assim sendo, segundo esta linha de ideias, também as ações de educação para a saúde podem ser vistas cada vez mais como um modo de combater a exclusão e diminuir a discriminação social, pois a saúde é vista como um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido, todas as escolas devem integrar no seu currículo ações de educação para a saúde, seja jardins-de-infância ou escolas de ensino básico e secundário, pois esta temática para além de ser transversal a todas as áreas curriculares, como a alimentação, a educação sexual e reprodutiva, o ambiente saudável, a higiene pessoal, deve ser desenvolvida ao longo da vida. Além disso, a escola como instituição de influência decisiva no desenvolvimento académico e emocional, nos comportamentos, atitudes, aquisições e competências das crianças e jovens (PNSE, 2004) deve também contemplar outras áreas de aprendizagem e formação para além das disciplinas estabelecidas no currículo nacional, como formação e participação cívica das crianças e jovens, educação para os valores, socialização dos alunos, de forma a estes adquirirem competências e atitudes para, no futuro, poderem tomar decisões livres, conscientes e responsáveis. Ao fazê-lo, reconhece-se a autonomia da escola no sentido da definição de um projeto de desenvolvimento do currículo adequado ao seu contexto e integrado no respetivo projeto educativo (Decreto-Lei nº 6/2001).

A escola tem, assim, uma margem de manobra que pode ser utilizada de acordo com as características da população que nela se encontra, isto porque não basta que a escola esteja dotada de autonomia para fazer uma oferta curricular diversificada. É necessário que tenha acesso aos recursos essenciais para o fazer, o que por vezes não acontece. No entanto, o Decreto-Lei nº 6/2001, de 18 de Janeiro, no seu artigo 9º, estipulou que

as escolas no desenvolvimento do seu projeto educativo devem proporcionar aos seus alunos atividades de enriquecimento do currículo, de carácter facultativo e de natureza eminentemente lúdica e cultural, incluindo,

nomeadamente, os domínios desportivo, artístico, científico e tecnológico, de ligação da escola com o meio, de solidariedade e de voluntariado.

É por estes motivos que as escolas, incluindo todas as instituições educativas de ensino não-formal, em conjunto com profissionais de saúde e de educação, devem trabalhar para conduzir ao exercício pleno de uma cidadania e de um estilo de vida saudável das crianças e jovens.

Tal como afirma Matos et al. (2005: 376), «a escola parece efectivamente um bom ponto de partida para a promoção da *saúde positiva* (OMS, 1986), bem como para a promoção de alternativas pessoais para lidar com os desafios da vida e com a procura de bem-estar». A saúde escolar alcança, assim, um dos seus grandes objetivos – criar oportunidades para as crianças e jovens realizarem experiências de aprendizagem ativas, diversificadas, significativas, integradas e socializadoras na escola e transportá-las para a sua vida quotidiana e para a comunidade. Neste sentido, e tal como Antunes e Mendes (2004: 25) defendem, «promover a saúde na escola constitui uma forma privilegiada de promover a saúde da comunidade», tornando-a saudável na sua globalidade. Com isto não se pretende afirmar a necessidade de uma disciplina de educação para a saúde na escola de ensino básico e secundário, mas sim defender que deve continuar a haver esta colaboração entre instituições educativas e instituições da área da saúde (unidades de saúde familiar, hospitais, maternidades...) na criação de momentos de aprendizagem e de formação neste domínio.

Assim sendo, a educação e a saúde, em conjunto e de forma articulada, visam a promoção de conhecimentos aprofundados, de hábitos higiénicos, e o desenvolvimento e investimento em estilos de vida saudáveis para toda a população escolarizada e não-escolarizada, assentes em procedimentos democráticos que promovam a igualdade de oportunidades, a cooperação e aprendizagens ativas, desde a gestão até à participação coletiva em todos os aspetos da vida da escola. Segundo este ponto de vista, todas as escolas devem ser promotoras de saúde, visto que esta é uma área fundamental ao desenvolvimento bio-psico-social do ser humano. Para o efeito, o envolvimento da escola e dos serviços de saúde deveriam procurar dar a conhecer a toda a comunidade envolvente – seja pais, encarregados de educação, familiares, voluntários, organizações credenciadas ou não –, os projetos e as ações a desenvolver, de modo a esta também poder participar de forma ativa. Somente assim, com o envolvimento dos diversos parceiros, se conseguem alcançar resultados com sucesso que permitam aos ACES que as escolas se apresentem como verdadeiras instituições promotoras de saúde.

Para obterem esses ganhos na saúde, as equipas de profissionais de saúde partem dos conhecimentos, saberes, competências, vivências de cada um e de todos, para que se possa intervir não só ao nível da saúde individual, como também da coletiva, revitalizando-se, assim,

as condições de saúde e salubridade da comunidade em que cada escola se encontra inserida. Por isso, o Programa do Ministério da Saúde visa, de um modo geral, a monitorização e realização do exame global de saúde (exame físico e psicomotor, visão, audição, boca...), especialmente às faixas etárias dos 5-6 anos e dos 11-13 anos para deteção e despiste de problemas de saúde que exijam cuidados especiais ou encaminhamento médico especializado; o cumprimento do plano nacional de vacinação; a avaliação psicológica da percepção, compreensão e aptidão; e a promoção de estilos de vida saudáveis através de projetos ou de ações de formação nas áreas da educação alimentar, educação ambiental, educação sexual, higiene pessoal, higiene oral, prevenção de substâncias alcoólicas e de substâncias lícitas ou ilícitas, prevenção do VIH/Sida e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), exercício físico, salubridade do espaço, entre outras (PNSE, 2004). Estes temas são adequados aos diferentes níveis etários, através da utilização de um modelo pedagógico adequado para que se consiga envolver toda a comunidade, bem como desenvolver uma intervenção com sentido. Este modo de intervenção permite ao público-alvo, na sua maioria crianças e jovens, adquirir um conjunto de hábitos e competências que lhes dá a oportunidade de se confrontarem positivamente consigo próprias, de forma a serem capazes de construir um projeto de vida a partir de escolhas individuais.

Contudo, para além das aquisições pessoais, este processo dinâmico tem, também, como missão criar em redor dos sujeitos ambientes saudáveis facilitadores dessas mesmas escolhas e estimular o espírito crítico para um posterior exercício de uma cidadania ativa, reflexiva e consciente. Embora esta questão possa deixar transparecer que o PNSE já possui formatos de ação pré-determinados, isso não implica que todas as ações sigam esses modelos, ou seja, eles servem de apoio e recurso para os profissionais. No entanto, isso não é incompatível com o facto de se partir para a ação segundo a lógica dos interesses da população-alvo. Bem pelo contrário, este cruzamento só traz benefícios, pois permite articular os reais interesses (da população) com o que é pretendido pelos ministérios, pelo governo, enfim, pela sociedade.

Metodologia

O Plano Nacional de Saúde Escolar segue determinados valores que orientam o trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde escolar, nomeadamente «a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude e a solidariedade. Dos princípios, realçam-se a sustentabilidade e a continuidade, bem como a autonomia do cidadão e a humanização dos cuidados» (2004: 25). Tendo por base estes princípios, as equipas de saúde escolar desenvolvem atividades de educação para a saúde que visam a promoção da saúde e a prevenção de comportamentos de risco e fazem o diagnóstico dos riscos do ambiente esco-

lar através da avaliação das condições de higiene, saúde e segurança da escola. É a partir do diagnóstico de necessidades e das parcerias estabelecidas que reforçam os laços das redes sociais, que a saúde escolar procura trabalhar toda a comunidade educativa. É neste âmbito que a saúde escolar surge como o objeto de estudo deste trabalho. Este tem como principal objetivo compreender se a reforma dos cuidados de saúde primários terá tido implicações no trabalho desenvolvido pela saúde escolar.

De forma a tentar dar resposta a este objetivo, foi realizada uma comparação entre os dados registados pela saúde escolar no ano letivo 2006-2007 (antes da reforma) e no ano letivo 2010-2011 (após a reforma). Para tal, recorreu-se a uma metodologia qualitativa onde os documentos são o alvo de estudo por si próprios (Bell, 1993). A análise documental surge, assim, como o método de recolha e de análise de dados deste estudo, onde os documentos são fontes de dados brutos para o investigador e a sua análise implica um conjunto de transformações, operações e verificações realizadas a partir dos mesmos, com a finalidade de lhes ser atribuído um significado relevante em relação a um problema de investigação (Flores, 1994). A análise documental é assim constituída por duas fases: a recolha dos documentos e a sua posterior análise. De salientar que, ao proceder-se à recolha de dados, já se está a proceder a uma pré-análise, ao seleccionar e manipular os documentos que serão utilizados no estudo e não outros. Por isso, a localização dos documentos varia consoante a natureza do estudo em causa. Neste caso, recorreu-se aos relatórios da saúde escolar do distrito do Porto, disponíveis para consulta no Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS). A escolha deste distrito recai sobre o facto de o mesmo ter sido já estudado e trabalhado anteriormente pelos autores. Ao comparar-se os dois relatórios, está-se a comparar dados estatísticos do trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde escolar do distrito do Porto. Pretende-se com esta análise crítica e comparativa proceder-se a um processo de validação de dados (Quivy & Champenhoudt, 2003), de modo a procurar compreender a evolução da saúde escolar e se a reforma nos cuidados de saúde primários teve consequências neste campo. Assim sendo, a análise crítica dos documentos é fundamental por ser necessário controlar o valor dos documentos e das informações recolhidas, bem como a adequação destes à finalidade do estudo em causa. Segundo Bradley (1993), um investigador é um intérprete da realidade que se rege por um paradigma interpretativo, que procura recolher dados com maior rigor e riqueza de detalhe para serem, posteriormente, interpretados e explorados à luz da realidade alvo do estudo. Ao interpretar-se estes documentos, retiram-se conclusões que serão de seguida explanadas.

Por fim, tendo por base o estudo em causa, a comparação das duas realidades (antes e após a reforma) poderá ser entendida de um ponto de vista avaliativo, uma vez que a avaliação, neste contexto, é vista segundo uma perspetiva mais humanizada ao valorizar o contexto

em que decorre. Méndez (2001: 69) considera que «avaliar é construir conhecimentos por vias heurísticas de descoberta. Quem avalia com intenção formativa quer conhecer a qualidade dos processos e dos resultados», como foi o caso deste estudo. Neste contexto, a metodologia qualitativa não pretende estudar o fenómeno em si, mas entender o seu significado e as implicações do mesmo. Bogdan e Biklen (1994) afirmam que os investigadores que seguem a metodologia qualitativa procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e os descrevem. Segundo Guerra (2006: 45), é essencial atribuir «lugar ao detalhe, à procura dos sentidos escondidos, e abrir pistas para explorações futuras».

Análise e discussão de dados

Saúde escolar no distrito do Porto

De acordo com os dados fornecidos pelo Departamento de Saúde Pública da ARS Norte do distrito do Porto, relativamente ao ano 2006-2007, a percentagem de centros de saúde com programa de saúde escolar é de 91,7%. Assim se verifica que, efetivamente, a saúde escolar tem uma posição marcante na comunidade pois exerce uma enorme pressão sobre as instituições educativas no que se refere à promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, para que as crianças e os jovens desde cedo desenvolvam uma vida saudável, aumentando o seu bem-estar e a sua qualidade de vida a curto, médio e longo prazo. Deste modo, o trabalho desenvolvido pela saúde escolar no distrito do Porto abrangeu: 72,3% dos jardins-de-infância; 80,7% das escolas de 1º ciclo do ensino básico; 90% de escolas do 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico; 83,5% das escolas de 2º e 3º ciclo do ensino básico; 71,4% das escolas de 2º, 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário; 78,9% das escolas de 3º ciclo e ensino secundário; 71,4% das escolas secundárias; 35,7% das escolas profissionais e 82,8% de outras tipologias referentes a instituições educativas. Neste sentido, a saúde escolar procura alargar o seu programa a toda a comunidade educativa e envolver alunos, educadoras, professores, auxiliares de ação educativa e encarregados de educação nos projetos de educação para a saúde. No entanto, aqueles que mais beneficiaram do trabalho desenvolvido pela saúde escolar nesse ano foram os alunos do 1º ciclo do ensino básico (81,9%), seguindo-se as crianças dos jardins-de-infância (70,1%), os jovens do 3º ciclo (66,6%), do secundário (54,3%) e por fim os do 2º ciclo do ensino básico (51,9%).

Áreas de intervenção da saúde escolar

De forma a procedermos a uma correta análise dos dados, devemos ter em consideração que «a escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida» (PNSE, 2004: 45). De forma a apoiar o currículo da escola, a saúde escolar intervém em

áreas tão diversas como a educação alimentar, vida ativa saudável, prevenção da violência, educação para a cidadania e educação sexual e afetiva, Sida, consumos nocivos, com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas, nos diferentes níveis de ensino. (*ibidem*)

Contudo, as unidades de saúde têm também uma função a assumir no que concerne à avaliação das crianças e dos jovens escolarizados relativamente à vigilância do cumprimento dos exames médicos, do Plano Nacional de Vacinação (PNV), do Programa de Saúde Oral, dos exames de despiste psicológico e do encaminhamento de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. Em 2006-2007 relativamente ao Exame de Saúde Global (ESG) aos alunos de 6 anos, de 13.175 alunos matriculados foi efetuado o ESG a 7.803; e aos alunos de 13 anos, de 9.551 inscritos foi realizado o ESG a 3.042. No que diz respeito ao PNV, foi verificado e atualizado a 90,9% crianças do pré-escolar, a 88,1% dos alunos de 6 anos e a 77% dos alunos com 13 anos. Os casos dos alunos com necessidades de saúde especiais, seja deficiência auditiva, visual, doença crónica ou outra, eram detetados pelas educadoras, professores ou profissionais de saúde escolar e encaminhados para tratamento no centro de saúde ou particular. Assim sendo, em 2006-2007, do pré-escolar ao secundário foram encaminhados 88,9% dos alunos, mas somente 36,9% foi tratado ou está em tratamento.

No que diz respeito ao ano letivo de 2010-2011, a partir do Relatório de Atividades do Departamento de Saúde Pública 2011 (ARS Norte, 2012), o Programa Nacional de Saúde Escolar da Região Norte abrangeu 100% dos agrupamentos de centros de saúde, 90,4% das escolas, 74,9% dos alunos, 64,7% dos educadores/professores, 64,7% dos auxiliares de ação educativa. O ESG abrangeu 68% dos alunos de 6 anos e 49,9% dos alunos de 13 anos; o PNV foi atualizado e abarcou 98,4% dos alunos do ensino pré-escolar, 95,8% dos alunos aos 6 anos e 93,3% dos alunos aos 13 anos. Isto demonstra que a saúde escolar tem tido resultados cada vez mais positivos e alcançado um maior número de crianças e jovens.

Para além disso, no Departamento de Saúde Pública da ARS Norte existem, desde a década de 1990, outros projetos específicos de promoção de saúde que são dirigidos à população escolar e que se articulam com a saúde escolar, e que ao longo dos últimos anos se têm aperfeiçoando, indo de encontro às necessidades da população-alvo, nomeadamente o Programa Escolas Livres de Tabaco (PELT), o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) e o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO).

Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO)

O PNSPO nas crianças e adolescentes é um dos maiores programas de educação para a saúde que é desenvolvido com as instituições educativas e, provavelmente, aquele que mais efeitos imediatos tem nas rotinas diárias dos mesmos. A intervenção dos higienistas orais (ou enfermeiros quando necessário) centra-se na administração de flúor em comprimidos ou soluto, na realização de atividades de educação para a saúde, na promoção da escovagem na escola, na aplicação de selantes e no encaminhamento de crianças e jovens para intervenção médico-dentária. Este programa destina-se aos alunos desde o pré-escolar até ao 3º ciclo do ensino básico, sendo que a maior incidência das ações se centra nos alunos do 1º ciclo do ensino básico: no ano letivo de 2006-2007 foi de 52,4%. Em 2010-2011, após a reforma, o programa de Saúde Oral, para além dos outros projetos, continua a manter as atividades de promoção da saúde oral junto da comunidade escolar, centrando a sua atividade em três áreas: bochecho de flúor em soluto, escovagem dos dentes na escola e ações de educação para a saúde. Foram 82.434 os alunos abrangidos pelo bochecho com fluoreto de sódio, 45.110 os alunos a realizar a escovagem dos dentes na escola e 122.234 os alunos abrangidos por ações de educação para a saúde. Verifica-se, assim, que tem havido um aumento do núcleo populacional abrangido pelo programa de Saúde Oral, o que também se deve ao crescente aumento da utilização dos cheques dentistas pelas crianças, jovens e adultos.

Programa de Prevenção de Acidentes

O programa de Prevenção de Acidentes em meio escolar abrangeu, em 2006-2007, 48% das escolas, sendo que o número de acidentes ocorridos em jardins-de-infância foi de 6,9%, em escolas de ensino básico de 88,1% e no ensino secundário de 2,2%, o que demonstra que relativamente ao distrito do Porto a execução de algumas atividades é ainda baixa. Contudo, no ano letivo 2010-2011, este chegou a 40,2% das escolas, um valor inferior aos últimos anos, o que se traduz numa menor adesão das escolas a este programa. Relativamente à higiene, segurança e saúde nas escolas, em 2006-2007, foram avaliadas 162 escolas (10%) e somente 32 melhoraram (19,8%) em relação à avaliação anterior. Contudo, no que diz respeito à segurança, 45,1% das escolas possuem boa segurança do meio ambiente e 18,5% no que diz respeito aos edifícios e recintos. Relativamente à saúde e higiene, 71% foram avaliadas positivamente a nível do meio ambiente e 14,2% têm boa higiene nos edifícios e recintos. Em 2010-2011, a avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nos estabelecimentos de educação e ensino traduziu-se em 532 formulários eletrónicos preenchidos, um por cada escola,

através da página da Direção-Geral da Saúde. Segundo o Relatório de Atividades do Departamento de Saúde Pública 2011 (ARS Norte, 2012: 30), «o número de formulários eletrónicos preenchidos (532) não corresponderá, na realidade, ao número de escolas efetivamente avaliadas durante o referido ano letivo, o qual terá sido superior», devido a dificuldades do próprio sistema eletrónico que se encontra em reformulação. No entanto, verifica-se um aumento significativo de escolas que têm sido avaliadas nesta área.

Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)

A temática da educação alimentar apresenta-se na sociedade atual como uma das mais importantes a ser tratada, tendo sido a mais desenvolvida em 2006-2007 e a que envolveu o maior número de escolas e pessoas no combate à obesidade e à aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Foram envolvidas nos projetos, 335 escolas, 27.970 alunos, 3.015 professores, 298 auxiliares e 873 pais. Esta temática é transversal a todas as idades, embora se destaque o período do 1º ciclo do ensino básico como aquele onde mais se incide, talvez por ser a fase onde os comportamentos alimentares se enraízam. No entanto, o PASSE em 2010-2011 para além de um conjunto de atividades que desenvolveu na formação de profissionais de saúde, em congressos e conferências, e na participação em grupos de trabalhos nacionais, organizou-se em 68 equipas (267 profissionais) que trabalharam nesse ano letivo com turmas PAS¹ (1.822 Alunos), 800 turmas EA1² (15.522 alunos), 481 turmas PASSEzinho³ nível I (9.995 alunos), e 70 turmas PASSEzinho nível II (1.296 alunos). Esta é uma área que tem vindo a crescer no âmbito da educação para a saúde a um ritmo acelerado.

Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)

Por sua vez os projetos de educação sexual foram mais trabalhados com os adolescentes e jovens em 2006-2007, embora também tenham sido desenvolvidos projetos com crianças do 1º ciclo (12) onde se destacou o tema dos afetos. A temática da educação sexual é bastante abrangente, pois podem ser abordados temas como a sexualidade, a gravidez na adolescência, os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis. Nesse período foram envolvidas 85 escolas, 13.002 alunos, 288 professores, 24 auxiliares e 97 pais. Quanto aos projetos refe-

¹ PAS – Promoção da Alimentação Saudável.

² EA1 – Educação Alimentar no 1º ciclo do ensino básico.

³ PASSE aplicado aos jardins de infância.

rentes às relações interpessoais foram envolvidas 23 escolas bem como 858 alunos desde a educação pré-escolar até ao 3º ciclo do ensino básico, 53 professores e 3 auxiliares. No que concerne à educação sexual/saúde sexual e reprodutiva, em 2010-2011, 37,7% das escolas contaram com acompanhamento e apoio das unidades de saúde pública no âmbito das atividades de saúde escolar (indicador acrescentado pela primeira vez ao mapa de avaliação do PNSE). Nesse ano o PRESSE promoveu a «formação de cerca de 75.000 alunos dos 1º, 2º e 3º ciclos do básico (aumento de cerca de 62.000 e alargamento a dois novos ciclos de ensino)», bem como o «alargamento do Programa a 189 agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas da região (aumento de 77 novos agrupamentos/escolas relativamente ao ano anterior)», tal como refere o Relatório de Atividades do Departamento de Saúde Pública 2011 (ARS Norte, 2012: 34). Além disso, foi dada formação a professores de áreas curriculares não disciplinares, professores titulares de turmas, professores coordenadores, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e psicólogos na área da saúde sexual e foram produzidos materiais lúdicos e didático-pedagógicos para serem utilizados nas sessões nas instituições educativas, bem como na formação. Esta área apresenta um trabalho muito mais consolidado e alargado relativamente aos anos anteriores.

Programa Escolas Livres de Tabaco (PELT)

Relativamente aos comportamentos nocivos, tais como tabagismo, alcoolismo e outras dependências, os projetos de educação para a saúde incidem principalmente nos adolescentes e jovens, pois tem-se verificado um aumento do consumo por jovens da faixa etária dos 12 aos 17 anos. Em 2006-2007, foram envolvidas 115 escolas e abrangidos 17.502 alunos, 632 professores, 380 auxiliares e 766 pais. Tal como foi referido, o envolvimento de toda a comunidade educativa é fundamental para o sucesso dos projetos de educação para a saúde, para que todos aprendam a lidar com a situação. Muitas vezes não é no contexto escolar que estes comportamentos se evidenciam mas no âmbito familiar, tornando-se necessário alertar os pais para os perigos, bem como os jovens que vivem em contextos desestruturados para que alterem os seus comportamentos não seguindo os dos pais quando os mostram. Em 2010-2011, integraram o PELT 59 escolas em 14 ACES, tendo-se a equipa centrado na formação de professores e em atividades desenvolvidas pelos mesmos com os 7º, 8º e 9º anos com a aplicação dos manuais *Querer é Poder I* e *Querer é Poder II*. Apresenta-se, aqui, um trabalho mais centrado em locais considerados de maior risco onde se procura ter uma maior taxa de sucesso.

Deste modo, verifica-se que a saúde escolar tende a assumir um papel fundamental na nossa sociedade, ao desenvolver projetos que abrangem os mais diversos contextos, nomeadamente o contexto escolar fazendo-o, em alguns casos, através do estabelecimento de parce-

rias com instituições como a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), associações de pais, comissões de proteção de crianças e jovens em risco (CPCJ), comissões do rendimento social de inserção (RSI), com autarquias, com o Instituto Português da Juventude (IPJ) e/ou com organizações não-governamentais (ONG).

Outros programas

Para além destes programas, privilegiaram-se projetos educativos e de promoção de saúde nas seguintes áreas: vida ativa saudável, educação alimentar, educação sexual, relações interpessoais, consumos nocivos como tabagismo e alcoolismo e outras dependências, bem como prevenção de violência. Em 2006-2007 foram 222 escolas envolvidas nestas temáticas, o que dá uma média de 2.813 alunos abrangidos, 1.366 professores, 314 auxiliares e 721 pais, sendo os pais das crianças da educação pré-escolar os que mais se envolvem neste género de iniciativas (527 pais). Estes dados não constam do relatório de atividades do ano letivo 2010-2011, pelo não foi possível fazer a comparação dos mesmos.

Conclusão

Em jeito de conclusão, entende-se que as unidades de cuidados de saúde primários, enquanto elementos do subsistema nacional de saúde, se assumem como agentes de promoção e desenvolvimento de qualidade de vida ao criar equipas pluriprofissionais que enfrentam as realidades sociais e humanas com todas as suas carências e todos os seus problemas, através de momentos de aprendizagem, de formação e de confronto com as práticas quotidianas. Ou seja, são as equipas de saúde escolar que combatem diariamente a luta por melhores condições de vida da população da sua área de intervenção, propiciando situações de ajuda, colaboração e apoio, contribuindo para criar condições de igualdade de oportunidades e de acesso aos serviços de saúde. Já Teixeira (2012: 173) dizia «sobre as UCC, as USP e as URAP⁴, o Relatório da Primavera de 2011, considerava que estavam criadas equipas coesas e com “forte liderança e empenho”». Assim, com base nos dados apresentados conclui-se que a modificação introduzida no sistema de saúde favoreceu a intervenção na comunidade escolar tornando-a mais criteriosa, fundamentada e estratégica.

⁴ UCC – unidade de cuidados continuados; USP – unidade de saúde pública; URAP – unidade de recursos assistenciais partilhados.

Tendo por base os dados dos relatórios apresentados, bem como o trabalho de investigação desenvolvido anteriormente pelos autores nesta área, verifica-se que, no que diz respeito à implementação do PNSE, este ainda não alcança todas as escolas como seria de desejar, devido a uma diversidade de constrangimentos como a localização geográfica (como exemplo as escolas do interior do país), escassez de recursos e de material, questões de financiamentos e, por vezes, porque nem todas as unidades de saúde possuem nos seus serviços uma equipa de saúde escolar. Por outro lado, as escolas que colaboram com o PNSE, por vezes, também têm dificuldades no que diz respeito à implementação do programa, pois frequentemente as práticas sociais de cuidados consigo próprios divergem dos princípios da saúde escolar, sendo assim necessário estabelecer-se um protocolo que explicita as práticas a desenvolver por ambas as partes. Nas reuniões realizadas no início do ano letivo entre as equipas de saúde escolar e as escolas, verifica-se que a generalidade das instituições educativas que recebem este tipo de ações estão de acordo com as práticas a implementar, não criando normalmente problemas. Pelo contrário, procuram mesmo colaborar no maior número possível de atividades. Cada vez mais se caminha para uma escola participativa, preocupada com os interesses e com a educação dos alunos e, por isso, ela mesma promotora de colaboração com outras entidades para que contribuam para o desenvolvimento global das crianças e jovens. Assim sendo, a saúde escolar, enquanto colaboradora das instituições educativas, assume-se como um investimento em educação, saúde e democracia, de forma a construir «uma atitude de cidadania assente em princípios de individualidade e de convivência com a diferença e o respeito pelo outro, numa sociedade mais saudável, mais solidária, mais participativa e também mais feliz» (Matos et al., 2005: 381). A reforma dos cuidados de saúde primários trouxe alterações à organização da saúde escolar, no que concerne à constituição da equipa, à sua localização, mas não alterou os seus objetivos nem as atividades a implementar. A saúde escolar tem melhorado os seus serviços ao longo dos anos, estando cada vez mais implícita na prática educativa das escolas.

Neste sentido, a promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo complexo que está em constante desenvolvimento e que resulta da ação conjunta e dinamizadora dos sectores da educação e da saúde. Esta abordagem da promoção da saúde procura integrar-se no currículo e nas práticas de gestão da escola, bem como no meio ambiente físico e social, no sentido de se investir em estilos de vida saudáveis para toda a população escolar.

Correspondência: Centro de Investigação e Intervenção Educativas (CIIE), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen, 4200-135, Porto – Portugal
Email: ritasousa12@hotmail.com

Referências bibliográficas

- Antunes, Elsa Mourato, & Mendes, Carla Silva (2004). Promover a saúde em saúde escolar. In José Pais Ribeiro & Isabel Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 141-147). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ARS Norte Relatório de Atividades do Departamento de Saúde Pública, 2011 (2012). *Relatório de atividades do Departamento de Saúde Pública, 2011*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
- Bell, Judith (1993). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bogdan, Robert, & Biklen, Sari (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bradley, Jana (1993). *Methodological issues and practices in qualitative research. Library Quarterly*, 63(4), 431-449.
- Flores, Javier (1994). *Análisis de datos cualitativo: Aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU.
- Guerra, Isabel (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo*. Estoril: Princípia.
- Matos, Margarida Gaspar, & Equipa Técnica Multidisciplinar da ex-CCPES/2004 (2005). Promoção e educação para a saúde. In Margarida Gaspar de Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 375-388). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Edições.
- Méndez, Alvarez (2001). *Avaliar para conhecer, examinar para excluir*. Porto: Porto Editora.
- Miguel, Luís Silva, & Sá, Armando Brito de (2010). *Cuidados de saúde primários em 2011-2016: Reforçar e expandir*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá.
- Plano Nacional de Saúde Escolar 2004-2100 (2004). *Programa Nacional de Saúde Escolar* (vol. I e II). Lisboa: DGS – Divisão de Saúde Escolar.
- Quivy, Raymond, & Champenhoudt, LucVan (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rocha, Amarilis, Marques, Ana Lúcia, Figueiredo, Carla, Almeida, Catarina, Batista, Isabel Maria, & Almeida, Maria João (2011). Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão legislativa no âmbito da educação. *Millenium*, 41, 69-87.
- Teixeira, Lurdes (2012). *A reforma do centro de saúde: Percursos e discursos*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.

Legislação consultada

- Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, Estabelece o regime de funcionamento dos centros de saúde.
- Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, Criação dos ACES.
- Decreto-Lei nº 6/2001, de 18 de janeiro, retificado pela Declaração de Retificação nº 4-A/2001, de 28 de fevereiro, Aprova a revisão curricular do ensino básico.

Lei nº 46/86, de 14 de outubro, com alterações introduzidas pelas Leis nº 115/97, de 19 de setembro, 49/2005, de 30 de agosto, e 85/2009, de 27 de agosto, Lei de Bases do Sistema Educativo.
Lei nº 48/90, de 24 de agosto, Lei de Bases da Saúde.